### **海南省职工服务(帮扶)中心困难职工医疗救助申请表**

申报时间： ${createTime}

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **建档职工**  **姓名** | ${filingName} | **性别** | | ${filingSexName} | | **年龄** | | ${filingAge} | | **手机号** | ${filingMobile} |
| **工作单位** | ${filingWorkUnit} | | | | | | | | | | |
| **大海惠工卡账号** | | ${filingMemberCardNo} | | | | **身份证** | | | | ${filingCertificateNum} | |
| **患者姓名** | ${name} | | **与建档职工**  **关系** | | ${relationName} | | **性别** | | ${sexName} | **年龄** | ${age} |
| **工作单位** | ${workUnit} | | | | **身份证号** | | ${certificateNum} | | | | |
| **病种** | ${diseaseName} | **申请救助日前一年内的个人实际支出费用(元)**  **(须提供含门诊、住院结算单、药物等票据，不得重复提供)**  **(由基层单位核算)** | | | | | | | | |  |
| **住院次数** | ${hospitalizationNum} 次 | | | | | **省职工服务中心符合个人自付金额(元)** | | | |  | |
| **本单位救助金额** | | ${unitDonationMoney} 元 | | | | **社会救助金额** | | | | ${sociologyDonationMoney} 元 | |
| **住院时间及后续治疗情况** | | ${remark} | | | | | | | | | |
| **困难原因:**  **申请人签名(手印):**  **本人承诺填写的家庭情况和提供的证明材料真实有效。 年 月 日** | | | | | | | | | | | |
| **本单位工会审核意见:经审核，该家庭符合困难职工建档认定条件。**  **审核人签名： 工会主席(负责人)签名： （盖工会章）**  **年 月 日** | | | | | | | | | | | |
| **所属上级工会审核意见:经审核，该家庭符合困难职工建档认定条件。**  **审核人签名： 工会主席(负责人)签名： （盖工会章）**  **年 月 日** | | | | | | | | | | | |
| **驻会产业工会审核意见:经审核，该家庭符合困难职工建档认定条件。**  **审核人签名： 工会主席(负责人)签名： （盖工会章）**  **年 月 日** | | | | | | | | | | | |
| **省职工服务(帮扶)中心审批意见:**  **审核人签名： 工会主席(负责人)签名： （盖工会章）**  **年 月 日** | | | | | | | | | | | |